

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

|                                                                                                                                                                         |                 |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------|--------------|-----------------|-------------------|-------|--------|
| 組合員が記入する欄                                                                                                                                                               | 被保険者証記号番号       |                                   | 診療年月              |              | 平・令 年 月         |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | 療養を受けた方①        | 氏名                                |                   | 生年月日         | 昭・平・令 年 月 日     |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 |                                   |                   | 療養を受けた方の個人番号 |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 | 傷病名                               | 療養を受けた期間          | 月 日から 月 日まで  | 入院・外来・調剤・その他    |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 | 病院の名称                             |                   | 病院の所在地       |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | 自己負担額           |                                   | 円                 | 保険点数         |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | 療養を受けた方②        | 氏名                                |                   | 生年月日         | 昭・平・令 年 月 日     |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 |                                   |                   | 療養を受けた方の個人番号 |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 | 傷病名                               | 療養を受けた期間          | 月 日から 月 日まで  | 入院・外来・調剤・その他    |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 | 病院の名称                             |                   | 病院の所在地       |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | 自己負担額           |                                   | 円                 | 保険点数         |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | 療養を受けた方③        | 氏名                                |                   | 生年月日         | 昭・平・令 年 月 日     |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         |                 |                                   |                   | 療養を受けた方の個人番号 |                 |                   |       |        |
| 傷病名                                                                                                                                                                     |                 | 療養を受けた期間                          | 月 日から 月 日まで       | 入院・外来・調剤・その他 |                 |                   |       |        |
| 病院の名称                                                                                                                                                                   |                 | 病院の所在地                            |                   |              |                 |                   |       |        |
| 自己負担額                                                                                                                                                                   |                 | 円                                 | 保険点数              |              |                 |                   |       |        |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。<br>令和 年 月 日 (〒 - )<br>住所 _____<br>支部確認欄 <table border="1" style="float: right; width: 80px; height: 40px; margin-left: 10px;"></table> |                 |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
| 組合員 氏名 _____ 印                                                                                                                                                          |                 | 個人番号 (組合員)                        |                   |              |                 |                   |       |        |
| 電話(日中連絡先) _____                                                                                                                                                         |                 |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
| 建設連合国民健康保険組合殿                                                                                                                                                           |                 |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
| 振込先金融機関<br>(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください)                                                                                                                                   | 銀行              | 銀行 信組 信金 農協                       | 本店 支店 出張所         | 預金種類         | 1 普通・総合<br>2 当座 | 番号(右につめて記入してください) |       |        |
|                                                                                                                                                                         | ゆうちょ銀行          | 記 号                               | 番号(右につめて記入してください) |              |                 |                   |       |        |
| 口座名義(カナ) _____                                                                                                                                                          |                 |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
| 本部決裁欄                                                                                                                                                                   | 区分              | ア・イ・ウ・エ・オ<br>現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ | 単独・合算の別           | 単独<br>合算     | 多数<br>該当        | 有(回数)<br>無        | 貸付の有無 | 有<br>無 |
|                                                                                                                                                                         | 備考              |                                   |                   |              |                 |                   |       |        |
|                                                                                                                                                                         | ※右のとおり決定してよろしいか |                                   |                   | 支給           | 不支給             | 支給決定額             |       |        |

本 部  
受 付 印

|      |       |    |     |     |
|------|-------|----|-----|-----|
| 事務局長 | 事務局次長 | 課長 | 担当者 | 支部長 |
|      |       |    |     |     |

支 部  
受 付 印